11.

Ueber einen Fall von Syncytiom
und
Metastasenbildung bei Syncytiom.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITAT ZU BERLIN

AM 16. MÄRZ 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Carl Waldow

prakt. Arzt zu Güstrow.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. S. Vogel.
- Dr. med. A. Russel.
- cand. techn. C. Waldow.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Linkstrasse 16.

Herrn Drost Balck

seinem hochverehrten Schwiegervater.



Als vor einigen Jahren die Aufmerksamkeit der Gynäkologen auf eine besondere neue Geschwulstform gelenkt wurde, welche sich aus Deciduaelementen entwickele und einen hervorragend malignen Verlauf nähme, wurden alsbald von verschiedenen Seiten teils auf Grund schon früherer, nunmehr besser zu deutender Befunde, teils als Frucht einer speziell auf solche gerichteten gesteigerten Aufmerkamkeit Fälle in schneller Reihenfolge veröffentlicht, welche in den Rahmen des von Sänger entworfenen klinischen Bildes hineinpassten. Zwar wurde der Einwand erhoben (Veit), dass man sich täuschen lasse durch ein zufälliges Zusammentreffen einer Schwangerschaft mit einem schon vorher in der Gebärmutter in Entwickelung begriffenen Tumor, der vielleicht durch den zur Zellproliferation anreizenden Einfluss einer Gravidität zu einem schnellen Wachstume gekommen und aus seiner Symptomenlosigkeit herausgetreten sei. Allein im allgemeinen waren die Autoren einig, eine mit der Gravidität selbst und mit den durch sie bedingten Zellformationen in Zusammenhang stehende maligne Entartung anzunehmen und dieselbe mit Sänger als eine besondere, früher nicht beschriebene Geschwulstform anzuerkennen. Ueber die genauere Histiologie dagegen und die Histiogenese dieser Tumorart entstand eine lebhafte Kontroverse, bis Marchand gestützt auf das Untersuchungsergebnis zweier eigener Beobachtungen und auf eine sorgfältige

Kritik der bis dahin veröffentlichten Fälle die Streitfrage klärte oder geradezu entschied. Durch ihn wurde histiologisch und histiogenetisch die Natur der in Frage stehenden Tumorart präzisiert in einer Weise, die in den späteren Veröffentlichungen überall angenommen zu sein scheint. Eine Verschiebung der Stellung, welche man heute wohl allgemein den Syncytiomen in der Reihe der Geschwülste einzuräumen geneigt ist, scheint nur noch zu erwarten zu sein durch neue umwälzende Forschungen über Histiogenese der normalen Bestandteile an der Placenta, speziell also über die Abkunft des Syncytiums. Eine nicht neue Vermutung hierüber nimmt jüngst F. W. Freund wieder auf, wenn er das Syncytium zwar mütterlichen Ursprungs sein lässt, es aber von den Gefässendothelien ableitet, welche durch schnelle Vermehrung in ihren Gefässräumen Zapfen bilden und so den fötalen Zotten entgegenwüchsen, sie sozusagen an sich zu locken und sie zu umkleiden. Er macht darauf aufmerksam, dass man bei dieser Annahme abnorme Wucherungen, die zur Geschwulst(syncytiom)bildung führen, leichter in ursächliche Verbindung bringen könne mit mütterlichen Blut- und Blutgefässerkrankungen, wie sie z. B. bei der Syphilis angenommen werden. An der unten von mir zusammengestellten Reihe von Fällen hat, soweit sie möglich war, die Prüfung hierauf vom klinischen Standpunkte aus mir leider gar keine Anhaltspunkte für einen solchen Zusammenhang ergeben und somit den Gedanken an die Möglichkeit einer kausalen Therapie überhaupt wie auch besonders für die von dem Chirurgen aufgegebenen Unglücklichen zu Falle gebracht.

In diesem Streite der Mikroskopiker ist die ursprünglich gegebene klinische Schilderung fast un-

berührt geblieben; wesentlich nur, was die Prognose anlangt, hat sie eine Aenderung erfahren, indem man heute einen weniger rapiden Verlauf, weniger schnelle und deletäre Metastasenbildung, Heilungen von anscheinender Dauer kennt. Es ist ein unbestrittenes Verdienst Sängers, von seinem neuen Tumor gleich ein in allen wesentlichen Punkten klinisch richtiges Bild gezeichnet zu haben. Im einzelnen hat dasselbe natürlich durch alle die folgenden wenig vielleicht nur, aber durch so oder so von einander verschiedene Fälle fortgesetzt einige Erweiterung und Ergänzung gefunden; und es dürfte wohl die Vergleichung einer Reihe von Fällen bezüglich ihrer Uebereinstimmung oder Abweichung auch in andern als den Kardinalpunkten Folgerungen von einigem theoretischen und praktischen Interesse zulassen. Deshalb scheint es mir auch fernerhin noch berechtigt, weitere einzelne Syncytiomfälle in der ganzen Ausführlichkeit ihres Verlaufes zu veröffentlichen. Ein solcher Fall, wie ich meine nicht ganz ohne seine Besonderheiten, ist der folgende, welcher ganz kürzlich in der Berliner Universitätsfrauenklinik beobachtet wurde und für dessen Ueberlassung zum Zwecke dieser Arbeit ich Herrn Geh. Medizinalrat Professor Dr. Olshausen meinen gehorsamsten Dank ausspreche.

Frau V., 26 Jahre alt, war zuerst im 20. Lebensjahre und von da ab regelmässig vierwöchentlich 3 bis 4 Tage lang ohne besondere Beschwerden menstruiert. Sie machte vor 3 Jahren eine normale Entbindung und ein ungestörtes Wochenbett durch; hatte darnach wieder regelmässig wie früher ihre Periode bis zuletzt im August 1896. Im September war sie amenorrhoisch, hatte aber sonst keine Belästigungen oder besondere Empfindungen. Im Oktober

zu der Zeit etwa, wo die Regel einzutreten pflegte, stellte sich eine Blutung ein, die erheblich stark unter Abgang von Stücken bis Weihnachten andauerte, dann allmählich geringer wurde, ohne aber bisher ganz aufgehört zu haben. Um Weihnachten herum begann sich das Allgemeinbefinden sehr zu verschlechtern, es trat Appetitlosigkeit, häufiger Husten und Auswurf von dickem Schleim, Stirnkopfschmerz und Unbesinnlichkeit, Gefühl körperlicher und geistiger Abgespanntheit ein. Dazu gesellte sich im Januar Brennen im Unterleibe, in der Harnröhre, schneidendes Wasser, so dass die Patientin endlich ärztliche Hülfe aufsuchte. Sie erhielt Pulver und Medizin, wurde dann bald der Klinik zugewiesen.

Die Aufnahme der Kranken erfolgte am 10. Februar d. J. — Befund: Mittelgrosse, recht gut genährte Frau von blasser Hautfarbe, an welcher eine besondere geistige Stumpfheit von vornherein auffällt. Sonst aber zeigen sich zunächst keinerlei Störungen von Seiten des Centralnervensystems, sei es in motorischer, sensibler oder sensueller Beziehung. Die Untersuchung des Schädels ergiebt nichts Abnormes. Die portio vaginalis steht weit nach hinten; uterus sinistro-retroponiert, etwas vergrössert; Scheidenwand vordere stark vorgewölbt durch einen etwa hühnereigrossen, unbeweglichen, prallen Tumor, der fast bis zur Harnröhrenmündung reicht. Die Scheidenschleimhaut über demselben ist unverändert. 16. Februar wird in Narkose zur Exstirpation dieses Tumors geschritten. Nach Einführung eines Katheters, der etwas nach rechts hin abweicht, wird ein 8 cm langer Längsschnitt über die Höhe der Geschwulst geführt, die Scheidenwand seitlich abpräpariert und der Tumor ausgeräumt. Derselbe ist nach Konsistenz und Farbe durchaus ähnlich einem

Klumpen geronnenen, z. T. organisierten Blutes; nur stellenweise zeigt er sich derber und fester. Durch seine Entfernung ist eine hühnereigrosse, ziemlich starrwandige, wie mit einer Membran ausgekleidete Höhle entstanden, welche nach Umstechung eines spritzenden Gefässes tamponiert wird: Naht des obern und untern Drittels der Scheidenwunde.

Der Wundverlauf ist ein günstiger; Patientin ist dauernd fieberfrei. Das Allgemeinbefinden dagegen ist schlecht; Klagen über heftige Kopfschmerzen wesentlich in der Stirn; dabei eine zunehmende Apathie und geistige Schwäche, so dass Nahrung nur auf wiederholtes Zureden genommen wird oder eingeflösst werden muss, auf Fragen überhaupt kaum eine Antwort zu erhalten ist. Am 27. Februar kann Patientin z. B. nicht mehr ausrechnen, wie viel 2 mal 2 ist. Dabei zeigen sich Sprechstörungen, Silbenstolpern bei längeren Worten. Die Patellarreflexe fehlen; Pupillenreaktion auf Lichteinfall vorhanden, aber träge; linke Pupille etwas weiter als rechts; Augenbewegungen frei; linkes Augenlid hängt etwas tiefer herab als das rechte; Zunge weicht beim Herausstrecken etwas nach links ab; Nackensteifigkeit nicht vorhanden, keine Konvulsionen. 28. Februar: Starke Benommenheit, auf lautes Anrufen noch Reaktion. Ausgesprochene Ptosis des linken obern Augenlides; Pupillendifferenz hat zugenommen; keine Reaktion mehr auf Lichteinfall. Keine Konvulsionen; keine Lähmungen weiter. 1. März: Vollkommene Benommenheit; schluckt nicht mehr, lässt unter sich; Glieder liegen schlaff da, ohne Kontrakturen; linke Pupille extrem weit, rechte verengert; keine Reaktion. Augenspiegelbefund nur unvollkommen aufzunehmen, ergiebt aber für das linke Auge, dass

deutliche Stauungspapille nicht besteht. Abends $7^1/_2$ Uhr Exitus letalis.

Sektion am 2. März Nachmittags 5 Uhr:

Mässig grosse, gut genährte, weibliche Leiche. Es wird zunächst in vorschriftsmässiger Weise die Schädelhöhle eröffnet. Am Schädel nichts Besonderes. Nach der Eröffnung zeigt sich die harte Hirnhaut ziemlich stark gespannt. Die Gehirnwindungen sind abgeplattet, die Gehirnsubstanz blutarm, trocken. In der linken Grosshirnhemisphäre, aufruhend auf dem Kleinhirne, findet sich an Stelle wesentlich des linken gyrus lingualis s. occipito-temporalis med. ein cirkumskripter ziemlich kugliger, 4,2 cm im Durchmesser sich ausdehnender Tumor von dunkelrotgrauer Farbe, stark blutig durchsetzt, so dass sich nur an einzelnen Stellen deutlicher ein Gewebe desselben erkennen lässt. Derselbe tritt nach aussen unmittelbar unter die weiche Hirnhaut, nach innen zu ist er noch durch eine dünne Schicht von Gehirnsubstanz von dem Hinterhorne des im ganzen etwas erweitert erscheinenden linken Seitenventrikels getrennt. Sonstige Veränderungen sind am Gehirn nicht nachweisbar.

Die Herzmuskulatur ist fest und derbe; am Herzen sonst nichts Besonderes.

Linke Lunge ist ziemlich schwer, besitzt ein vermehrtes Volumen. In derselben befinden sich zahlreiche kleine bis kirschkerngrosse cirkumskripte Tumorherde von graugelblicher Farbe, welche über die Schnittfläche prominieren. Einzelne dieser Knoten liegen dicht unter der Pleura und sind zum Teile von einem hoch hyperämischen Hofe umgeben. Der Unterlappen hat vermehrten Blutgehalt und ist z. T. hepatisiert.

Rechte Lunge, mit gleichfalls zahlreichen Metastasen
on beschriebener Art, verhält sich wie die linke.

Milz, $13^1/_2$: 7 : 3 cm, zeigt an ihrer (konvexen)
werchfellsoberfläche, nahe dem obern Pole und dicht
nter der Kapsel gelegen, drei metastatische Tumoren,
en einen von reichlich Kirschgrösse, die andern beiden
on Haselnussgrösse, alle auf dem Durchschnitte von
elblicher Farbe, mehr oder weniger stark von Blut-
rgüssen durchsetzt. In der Umgebung dieser Meta-
tasen ist das Milzgewebe stärker bluthaltig; in dem
ereiche dieses hyperämischen Gebietes finden sich
och verschiedene miliare Metastasen derselben Art.
ie Milzpulpa ist im übrigen ziemlich weich, von
unkelroter Farbe.

Nieren zeigen beide völlig normale Verhältnisse.

An der Leber ist nichts Besonderes nachweisbar.

Magen und Darm bieten nichts Abweichendes, nur
ass im Mesenterium des Dünndarmes ein kleinpflaumen-
erngrosser cirkumskripter metastatischer Knoten von
elblicher Farbe gefunden wird.

Harnblase zeigt eine starke Entwickelung der
uskulatur, sonst normale Verhältnisse.

Uterus zeigt eine unregelmässige Gestalt, bedingt
urch eine erhebliche Vergrösserung nur seiner linken
älfte ($7^1/_2$ cm Höhe, 8 cm Dicke, 10 cm Breite).
ie Schwellung dieser Seite ist eine im ganzen kuglige,
hnlich an Grösse einer Apfelsine. Die Oberfläche ist
eicht uneben durch flach vorspringende Buckel. Das
eritoneum geht ohne Auflagerungen, wenn auch stark
askularisiert, glatt über dieselbe hinweg. Die Konsistenz
st an den verschiedenen Stellen eine verschiedene,
berall aber weich bis teilweise fast fluktuierend. Die
ünne linke Tube und das linke breite Mutterband
ehen seitlich von dem Tumor ab; das ligamentum

rotundum entspringt an der Vorderfläche desselben recht nahe dem Ansatze des ligamentum latum. Mit der Scheere in der Mitte seiner vorderen Wand aufgeschnitten zeigt der Uterus eine mässig weiche Muskulatur, an der stärksten Stelle 2,2 cm dick. Das Lumen hat eine Länge bis zum innern Muttermunde von 7, bis zum äussern Muttermunde von 10 cm; es zeigt eine der äussern unregelmässigen Gestalt entsprechende Verzerrung, indem das linke Horn gegenüber dem rechten erheblich seitlich ausgezogen erscheint. Im Cervix ist die Schleimhaut mit reichlichem Schleime bedeckt, so dass die Faltung derselben nicht recht erkennbar ist; das Uteruslumen zeigt im allgemeinen eine ziemlich blasse, etwa 1 cm dicke Schleimhaut ohne sonst bemerkbare Abnormitäten: nur in dem eröffneten linken Horne sieht man aus der vordern Wand breitbasig vorbrechend, in etwa Pflaumengrösse zapfenförmig in das Lumen hineinragend eine ziemlich weiche Geschwulstmasse. Der weitergeführte Schnitt zeigt, dass die gesamte Anschwellung der linken Uterushälfte gebildet wird durch eine Geschwulstmasse von weicher Konsistenz, welche in Folge verschieden starken Blutgehaltes und infolge von Hämorrhagieen in verschiedenen Farbentönen gelblich-, grau- und blaurot gefärbt ist. Dieselbe dringt stellenweise bis unter das Peritoneum vor, an andern Punkten ist sie durch eine minimal dicke Schicht von Muskelsubstanz noch von demselben getrennt.

Im linken Ovarium fällt auf ein kirschkerngrosses, ziemlich frisches corpus luteum verum.

Die rechten Adnexe sind in Pseudomembranen eingebettet; das abdominale Ende der Tube ist verlötet und retortenartig umgebogen, bis auf Daumendicke erweitert; das rechte Ovarium ist glatt, lässt Follikel

cht deutlich erkennen; es scheint fibrös entartet sein.

In der Scheide fallen die ausserordentlich starken ıgae auf. In der vorderen Vaginalwand findet sich ıe $4^1/_2$ cm lange Wunde, in der Vernarbung begriffen, elche in der Längsrichtung verlaufend in das septum sico-vaginale eindringt. In derselben liegt eine wall-ıssgrosse, ziemlich derbe, fest zusammenhängende asse, welche grösstenteils wie altes geronnenes Blut ıssieht.

Lymphdrüsen im praevertebralen Bindegewebe igen sich mehrfach geschwollen und enthalten metastasche Knoten.

Die mikroskopische Untersuchung des Uterusmors sowie der metastatischen Tumoren, ausgeführt ırch Herrn Dr. Gebhard, ergiebt für dieselben die truktur des Syncytioms. Eine genauere Darstellung r histiologischen Details bleibt einer weiteren Verffentlichung vorbehalten.

Die Betrachtung dieser Krankengeschichte zeigt, ie sehr die Diagnose des Syncytioms erschwert sein onnte, wenn die Anamnese nur eine recht unsichere ermutung eines voraufgegangenen Abortes zuliess, nregelmässigkeiten von Seiten des Uterus bei einem enig auffälligen Befunde desselben wesentlich zurückaten, dagegen anderswo lokalisierte Anomalieen Scheidentumor, Gehirnaffektion) zunächst mehr in die ugen sprangen und bald das Krankheitsbild völlig eherrschten. Dabei handelte es sich ja direkt um rodukte der Primärkrankheit, welche diese anscheiende Verdunkelung bewirkten, um Metastasen des im terus übersehenen Tumors, allerdings Metastasen, ie sie in der durch die Sektion aufgedeckten Vielheit nd weiten Verbreitung doch recht selten, und z. T.

an einem Orte — dem Gehirne — wo sie bisher überhaupt noch nicht sicher beobachtet waren. In dieser Metastasenbildung liegt nicht zum geringsten Teile das Interesse unseres Falles.

Es ist von Sänger von vorherein als eine hervortretende Eigentümlichkeit der von ihm zuerst als „malignes metastasierendes Deciduom" benannten neuen Tumorart beschrieben worden das frühzeitige Auftreten schnell wachsender Metastasen und deren weiter Verbreitung über die verschiedensten Körperteile. Gerade die bei seinem ersten Falle ihm so auffällige Lokalisation und Beschaffenheit einzelner Töchtergeschwülste, über deren Natur — ob sie Produkte puerperaler Pyämie oder einer Tuberkulose oder ob sie maligne Tumoren im gewöhnlichen Sinne des Wortes seien — erst die Sektion entschied, scheint wesentlich Veranlassung gegeben zu haben, eine weitere genauere Betrachtung und Untersuchung eintreten zu lassen. In allen späteren Veröffentlichungen findet diese Eigentümlichkeit des malignen syncytialen Tumors in mehr oder minder weiter Ausdehnung ihre Bestätigung. Es ist auch für die Töchtergeschwülste auf gewisse Prädilektionsstellen, auf die Möglichkeit, aus deren Kenntnis eine Unterstützung der Diagnose zu gewinnen, hingewiesen worden. Die Beleuchtung derartiger Fragen wird erleichtert durch eine Zusammenstellung der bisher bekannt gewordenen Fälle.

Indem ich nun geglaubt habe, die der vortrefflichen Arbeit von Marchand (Monatsschrift für Geburtsh. und Gyn., Bd. I, pag. 554) angefügte Tabelle als bekannt oder doch zugänglich ansehen zu dürfen, habe ich dieselbe in folgendem um die seither neu veröffentlichten Fälle fortführen wollen.

Tabelle siehe am Schluss der Arbeit.

Bei der Benutzung dieser Tabelle für Fragen der Metastasenbildung ist zunächst eine Scheidung der Beobachtungen vorzunehmen, je nachdem sie sich auch auf vollständige Sektionen beziehen oder das Ergebnis einer solchen wenigstens nicht mitgeteilt ist. Nur die ersteren können für die Entscheidung darüber, in wie viel Prozent der Fälle Metastasen sich bilden, mit genügender Sicherheit herangezogen werden.

Von den unvollständig oder gar nicht Sezierten zu geschweigen, verdienen nämlich auch die berichteten Heilungen, wenn sie selbst einen z. T. ziemlich erheblichen Zeitraum bereits angedauert haben, hierbei doch nicht die gleiche Berücksichtigung.

Abgesehen davon, dass überhaupt die Schnelligkeit des Wachstums und des Auftretens erster manifester Symptome je nach dem Orte der Ansiedelung von Geschwulstkeimen sehr verschieden sein kann, ferner davon, dass Beispiele eines längeren, ganz ruhenden Verweilens solcher im Körper bekannt sind, bis eine oft dunkle Gelegenheitsursache zu neuer Fortentwickung anfacht, — würde grade hier auch ein ganz dauerndes Freibleiben von Recidiven nicht völlig einwandsfrei beweisen, dass Metastasen überall nicht vorhanden gewesen wären. Scheint doch fast, wie auch Ruge hervorhebt, der klinische Verlauf einzelner Fälle, wo nach der Operation völlige Genesung eintrat und nach längerer Zeit noch konstatiert werden konnte, obwohl bereits Tochterknoten sich gezeigt hatten, für die Annahme zu sprechen, als wenn nach Entfernung des ursprünglichen Tumors kleine Metastasen vom Körper unschädlich gemacht würden. So ist es besonders in dem Falle Marchand-Everke (Tab. A, 15), in welchem ein durchaus verdächtiger Thrombus im Ligamentum latum zurückgelassen werden musste, und

bei dem die verwachsene Primärgeschwulst nicht einmal völlig sicher radikal entfernt war. Die Patientin zeigte sich nach einem Jahre noch recidivfrei. Ebenso waren in den Fällen Tab. A 25, Tab. B 15, 17, 21 anatomisch festgestellte, freilich durch Operation mit entfernbare Metastasen vorhanden; in den Fällen Tab. A 17, 26 erschienen sie klinisch höchst wahrscheinlich (Leberschmerzen, Parametrienschwellung, sonst nicht erklärtes Blutspeien). Und doch ist eine Heilung einstweilen wenigstens verzeichnet.

Werden nun für diese Frage also nur die Fälle, über welche vollständiger Sektionsbericht vorliegt, herangezogen, es verbleiben deren 32, so ergiebt sich, dass nur in 3 Fällen sich nirgends Tochterknoten fanden. Es sind selbige angeführt Tab. A. 16, 6. Tab. B. 5, in denen der Tod 7, $3^1/_2$ resp. 9 Monate nach Entfernung des Schwangerschaftsproduktes aus dem Uterus erfolgte. Darnach fehlten also Metastasen in 9,4 % der Fälle.

Die Stellen, an welche hin die Keime geraten können, werden natürlich bestimmt durch die Bahnen, welche zu ihrem Transporte von dem Primärtumor her benutzt werden.

Nach den charakteristischen Beziehungen, die die syncytialen Neubildungen zu den Blutgefässen haben, werden diese als die Transportwege von vornherein angenommen werden können. Dieselben, oft noch beträchtlich erweitert an dem Sitze des Primärtumors, werden arrodiert, syncytiale Massen flottieren frei in ihnen, werden von dem Blutstrome abgerissen und zu dem Orte ihrer Neuansiedelung fortgetragen. Es gilt das auch für die Metastasen in der Vagina, wenn auch die centrifugale Richtung des Blutstromes im ersten Augenblicke stutzig machen und eine Ent-

stehung durch Einimpfung nahe legen könnte. Allein dagegen spricht, wenn auch dieser letzte Modus theoretisch sehr wohl möglich ist und für einzelne seltnere Fälle Geltung haben mag, die gewöhnliche Angabe, dass die Scheidenschleimhaut unversehrt über die frischen Knoten hinweggeht. Dass die Tumormassen in ihrem Wachstume auch den Lymphspalten folgen, in Lymphgefässe hineingeraten und in diesen weiter verschwemmt werden können, ist zuzugeben. Es ist das aber die Ausnahme; und eine stärkere Infiltration der Beckendrüsen, wie sie sich beim Carcinom findet, ist durchaus selten. Ja, Marchand führt dieselbe, so wie sie in Paviot' Beobachtung angegeben ist, neben seinen hauptsächlichen histiologischen Gründen gegen die Einreihung dieses Falles unter die Syncytiome an.

In unserer Tabelle findet sich verzeichnet: ein Befallensein zweimal „der Lymphdrüsen", einmal speziell der „bronchialen Lymphdrüsen".

Im übrigen ist kein Organ verschont geblieben mit Ausnahme allein (und zwar auffälliger Weise) des Herzens. Eine Erklärung für diese sozusagen Immunität ist mir nicht möglich zu geben.

Metastasen am Uterus sind 11 mal, im Ligamentum latum 6 mal, im Ovarium 4 mal angegeben. Es erhebt sich bei ihnen die Frage nach der Entstehung per continuitatem.

Eine solche dürfte ziemlich sicher sein für die 2 malige Angabe eines knotigen Tumors im kleinen Becken.

Dagegen scheint die im ersten Sängerschen Falle beobachtete Geschwulst in der fossa iliaca, unter der rauher Knochen vorlag und welche der Diagnose intra vitam so grosse Schwierigkeiten boten, als echte

Metastase gelten zu müssen. An sie reihen sich wohl 2 Fälle von Knoten im Femur, 1 Fall in der Rippe; wahrscheinlich würde die Zahl solcher Knochenaffektionen weit grösser sein, wenn nicht eine genaue Untersuchung aller Knochen bei den Sektionen ohne klinischen Hinweis auf bestimmte Stellen ausgeschlossen wäre.

Es finden sich ferner verzeichnet: Metastasen in der Milz 6 mal, Niere 5 mal, Darm, Leber, quergestreifte Muskulatur je 4 mal, Harnblase 2 mal, Urethra, Ureter, Pankreas, Magen, Mesenterium Labium maius je 1 mal; 1 mal und zwar in unserm Falle sicher auch im Gehirne, während eine Hirnmetastase im Gottschalkschen Falle wohl vermutet werden darf.

Bei weitem am häufigsten und zwar in 25 Fällen sind die Lungen betroffen, gewöhnlich in ausgedehnter Weise, wie ausdrücklich hervorgehoben wird. Es ist das ja auch bei der Verschleppung der Keime wesentlich durch das rückfliessende Venenblut von vornherein so zu erwarten. Die Symptome waren Schmerzen Blutspeien, Schleimauswurf, pleuritische Ergüsse, Beängstigung, Atemnot infolge der verminderten Atmungsoberfläche. Ein physikalischer Nachweis des Sitzes eines Lungentumors scheint nur einmal (Morison) geführt zu sein.

Nahe der Lunge kommt als Sitz sekundärer Knoten die Scheide in 22 Fällen, eine Häufigkeit, die allein durch Betrachtung der Gefässanordnung dieser Teile nicht erklärt wird. Es handelt sich da meist um Knoten, dicht unter der Schleimhaut gelegen, bläulich durchschimmernd, so dass „sie für Varicen gehalten werden konnten“. Im weiteren Verlaufe durchbrachen sie die Mucosa, wurden erodiert, exul-

erierten und konnten tiefe Geschwüre bilden, einmal is zur Perforation in den Mastdarm. Ihre Verteilung ar ungleichmässig, überall vom Introitus bis ins cheidengewölbe.

Was nun die Zeit anlangt, innerhalb welcher in er Regel erste Metastasen auftraten, so lässt sich dieelbe nicht bestimmen. Ist es doch eigentlich stets nmöglich, für den Primärtumor den Beginn zu eruieren.

Es wäre fehlsam, denselben auf kurze Zeit vor en ersten Symptomen festzustellen. Denn das Synytiom wie überhaupt die malignen Tumoren sind icht deshalb allein bösartig, weil sie in ihrem Verufe (ohne operative, radikale Beseitigung) das Indiiduum durch lokale und generelle Zerstörung zu runde richten, sondern weil sie oft im Anfang nicht rkannt werden können wegen mangelnder Symptome nd deshalb nicht entfernt werden.

Ebensowenig ist es angängig, einen frühesten eitpunkt der Entstehung des primären Tumors, und s solchen das Aufhören der Gravidität anzunehmen. ie schon vorher theoretisch behauptete und ohne eiteres zuzugebende Möglichkeit, dass bereits während er Schwangerschaft bestimmte syncytiale Gruppen ne atypische, zur malignen Geschwulstbildung führende Vucherung eingehen könnten, ist als Thatsache eriesen durch die jüngste Beobachtung Schautas (Tab. . 22), der bei noch ungestört bestehender Molenhwangerschaft bereits eine Metastase in der Scheide orfand, deren Bau deutlich derjenige eines malignen yncytioms war.

Als spätester Termin aber kann das Aufhören er Gravidität oder kurze Zeit nach demselben auch icht gelten, ohne dass man für einzelne Fälle (Tab. A. 8

z. B.) einen gar zu lange symptomenlosen Verlauf zugeben müsste.

Es bleibt also eine genauere Zeitfeststellung für den Beginn des primären Tumors und somit für die Zwischenzeit bis zu den ersten Metastasen unmöglich. Man darf wohl nur sagen, dass diese Zwischenzeit innerhalb weiter Grenzen schwanken kann.

Das aber ergiebt sich, dass, wie sie zu den regelmässigsten gehören, die Scheidenmetastasen auch unter den frühsten oder richtiger wohl die früheste zu sein pflegen.

Ich komme deshalb dazu, ihnen die grösste Wichtigkeit unter den übrigen allen zuzumessen, zumal wenn ich noch ihre leichte Zugänglichkeit hinzunehme.

Die Beobachtung und Beachtung derselben und ihre richtige Deutung hat z. B. bereits in einem Falle (Tab. B. 15) nach Angabe des Autors im Vereine mit der Anamnese die frühzeitige Diagnosenstellung ohne weitere innere Uterusexploration und ohne mikroskopische Untersuchung ermöglicht. Diese letztere allerdings halte ich nicht für entbehrlich, vielmehr als besonders gutes Hilfsmittel für stets in Anspruch zu nehmen.

Es muss deshalb meiner Meinung nach bei der Untersuchung eines jeden Scheidenknotens, besonders wenn er in oder bald nach einem Puerperium zur Beobachtung kommt und nicht eine ganz zweifellose andere Deutung findet, die Möglichkeit einer Syncytiommetastase erwogen werden. Die Excision des Knotens und sorgfältigste mikroskopische Untersuchung wäre dann, wirklich vorliegenden Falles, wohl imstande zur Diagnose zu führen, auch wo noch Symptome von Seiten des Uterus fehlen.

Bei gleichzeitigem Bestehen mit Gebärmutterblutungen würde für gewöhnlich zunächst auch eine beschleunigte Untersuchung des Scheidentumors anzuraten sein, dessen Gewebe ebenso rein oder besser noch als durchblutetes aus dem Uterus ausgeschabtes Material die heterotope syncytiale Natur in den meisten Fällen ergeben könnte.

Selbstverständlich hat eine genaue Exploration des Uterus und seines Cavums zu folgen, wenn die Untersuchung des Vaginaltumors überhaupt kein sicheres oder wenigstens kein die Uterussymptome erklärendes Ergebnis hatte.

Wenn aber derartige Explorationen oder Curettagen oder Ausräumungen des syncytiomhaltigen Uterus so sehr häufig — wie die Tabelle es zeigt — von Fieberbewegungen und selbst Sepsis gefolgt sind, viel häufiger, meine ich, als gleiche unter gleichen Kautelen vorgenommene Eingriffe z. B. bei einfachen Aborten zu ähnlichen üblen Folgen führen, wenn somit eine ganz besondere Empfänglichkeit für Infektion an dem so erkrankten Uterus wahrscheinlich wird, so dürfte man es dankbar begrüssen, wenn wenigstens in einzelnen Fällen diese Gefahr einer Infizierung ganz vermieden werden könnte durch die angegebene Berücksichtigung syncytialer Scheidenmetastasen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Winter und Herrn Dr. Gebhard für die Zuweisung dieser Arbeit und für ihre gütige Unterstützung bei deren Anfertigung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Sänger. Centralbl. für Gynäk. 1889. No. 8.
   Arch. f. Gynäk. Bd. 44.
2. Marchand. Monatschr. f. Geburtshülfe u. Gynäk. 1895. Bd. I.
3. Ruge. Carl. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 33.
   Ergebnisse der allg. Pathol. und path. Anatomie. (Lubarsch u. Ostertag.)
4. Freund F. W. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1896.
5. v. Franqué. ebenso
6. Neumann. Wien. klin. Wochenschr. 1896. No. 36.
   Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1896. Bd. 3.
7. Reinicke. Archiv f. Gynäk. 1897. Heft I.
8. Virchow. R. Geschwülste.
9. Virchow. R. Path. u. Therap. Bd. 1.
10. v. Köllicker. Entwicklungsgeschichte.
11. Frommel. Jahresbericht 1894. 1895.
12. Centralblatt f. Gynäk. 1894. 95. 96. 97. Referate.
13. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1895. 1896. 1897. Referate.

Thesen.

I.

Scheidenmetastasen bei Syncytiom sind geeignet, die Diagnose zu fördern.

II.

Bei Arthritis deformans empfiehlt sich die Injektion von Jodoform in die Gelenke.

III.

Auch für kleinere Krankenhäuser empfiehlt sich Centralheizung.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Karl Waldow, evangelischer Konfession, wurde geboren am 7. August 1866 zu Stavenhagen als ältester Sohn des weil. Dr. H. Waldow, prakt. Arztes daselbst. Er besuchte das Gymnasium Domschule zu Güstrow; erhielt an demselben das Zeugnis der Reife am 6. März 1885; wurde Anfang Sommersemesters 1885 an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin immatrikuliert und bei der medizinischen Fakultät inskribiert; studierte Medizin die ersten 5 Semester in Berlin, dann je 1 Semester in München und Halle, um wieder nach Berlin zurückzukehren und dort seine Studien zu vollenden. Zu Berlin bestand er das Tentamen physicum am 12. März 1887, das ärztliche Staatsexamen am 18. Juli 1890, das Examen rigorosum am 25. Juli desselben Jahres. Seit 1891 April ist er prakt. Arzt in Güstrow. Während seiner Studienzeit war er 1 Semester als Demonstrator am I. anatomischen Institute unter Herrn Geh. Med.-Rate Prof. Dr. Waldeyer, 6 Monate als Koassistent in der chirurg. Klinik des Geh. Med.-Rat Prof. Dr. von Bergmann, 3 Monate als Hauspraktikant in der geburtshülflichen und 6 Monate als Unterassistent in der gynäkologischen Poliklinik der Universitätsfrauenklinik, 3 Monate auf der I. medizinischen Klinik des Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Leyden thätig.

Seine Lehrer waren:

in München: Oertel, von Winckel, von Ziemssen;

in Halle: Bunge, Harnack, Krause, Kaltenbach, Oberst, v. Volkmann, Weber, Schwarz, Hitzig;

in Berlin: v. Bergmann, du Bois-Reymond, Bramann, Christiani, Gerhardt, Eichler, Fassbender, Gusserow, Guttmann, Hartmann, von Helmholtz, von Hoffmann, Hirsch, König, Kossel, Kramer, von Leyden, Lewin, Liebreich, Mendel, Olshausen, Pinner, Schlange, Schweigger, Schulze, Schwendener, Trautmann, v. Treitschke, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, Winter, Rabl, Rückhard.

Tabelle A.

		Autor	Alter	Vorausgegangen	Erste Erscheinungen	Verlauf	Ausgang	Beschaffenheit der primären Geschwulst	Metastasen in Lunge und Scheide	Metastasen in anderen Organen	Bemerkungen
16.	1893.	Hartmann und Toupet.	25 J. II para.	Abortus mens. III. 15. Sept. 1893.	Andauernde Blutung.	23. März 1894 Entfernung reichlicher Placentarreste, d. mikroskopisch nicht untersucht. 7. IV erneuerte Blutungen.	Gestorben 26. April 7 Monate p. a.	Uterus vergrössert; an d. Oberfläche zwei haselnussgrosse Knoten; durch cylindrische Zapfen mit diesen in Verbindung stehend im Cavum halbwallnussgrosse schwärzliche Geschwulst im Fundus und linken Horne.	Keine.	Keine.	Anaemie. Pyosalpinx. Entzündliche Verändergn. an rechter Tube und Ovarium.
17.	1895.	Tannen.	23 J. IV p.	Juli 1893 Blasenmole. Januar 1894 letzte Regel Abort? Anfg. März.	Blutungen seit Anfang März andauernd.	28. April Curettage. 30. Juni Totalexstirpation.	Gesund nach 9 Monaten.	Im Fundus uteri Tumor von Blutapfelsinenfarbe bis dicht unter die Serosa.	Keine.	Keine.	Schmerzen in der Leber. Schwellung in d. Parametrien p. oper. zurückgebildet.
18.	1895.	Kuppenheim.	33 J. IV p.	Juni 94 Frühgeburt spont. 2 Monate vor dem normalen Ende.	3 Wochen p. part. profuse Blutungen.	8. August Ausräumung des Uterus. Darauf Fieber; weitere Blutungen. 22. August Totalexstirpation.	Gesund nach 10 Monaten.	Uterus trägt i. Fundus e. kirschgrosses graurötliches Knötchen.	Keine.	Keine.	Fieber nach d. Ausräumung.
19.	1895.	Whitridge Williams.	33 J. V p.	15. April 1894 normale Geb. Kind tot. Placenta weich, zerfliesslich.	14 Tage p. part. erbsengrosses Knötchen in der Schamlippe.	Wachsen u. Gangränescenz d. Scheidenknotens; Sepsis. Kein Zeichen von Uteruserkrankung.	Gestorben 4 Monate p. part.	Uterus auf d. Doppelte vergrössert; von der hintern Wand ragt in die beträchtlich erweiterte Höhle Tumormasse 3,5 : $2^1/_2$ cm.	Tiefes Geschwür in der Scheide mit Rectalfistel. Zahlreiche Metastasen von Kirsch- bis Wallnussgrösse in beiden Lungen.	An der Portio vaginalis Knoten und Geschwür. Haselnussgrosse Geschwulst am r. Ovarium. Knoten in Leber, Milz, Nieren.	Sepsis.
20.	1895.	Lönnberg Mannheimer. (Netzel 1872.)	38 J. VIII p.	Novemb. 1868 Blasenmole. 13. Nov. 1871 rechtzeitige Entbindung.	Nach 4 Wochen allmählich stärker werdende Blutung.	12. Dezember Ausräumung einer bröckligen Geschwulst aus d. Uterus. 21. Jan. 72 Auskratzung eines mandelgrossen glatten Tumors von der vordern Uteruswand. Andauernde Blutung.	Gestorben 13. Mai 72. 6 Monate p. part.	Uterus 13,7 cm lang. 5,5 cm dick; in demselben 2 cm oberhalb des Muttermundes u. in der linken Tubenecke Geschwür mit erhabenen Rändern.	Erbsengrosser Tumor in der Vagina. Tumoren in den Lungen.	Tumoren in Leber, Milz, Nieren und Bauchlymphdrüs.	
21.	1896.	Schauta (Neumann.)	35 J. III p.	Normale Geb. 16. Jan. 1896.	4 Wochen später heftige Blutungen.	9. April Auskratzung 9. Mai Totalexstirpation.	Gestorben 31. Juli 96 $6^1/_2$ Monat p. part.	Uterus 9 cm lang, $1^1/_2$ cm wandungsdick. Im Fundus nach rechts hin taubeneigrosse mit Blut bedeckte polypöse Geschwulst.	Beide Lungen durchsetzt von zahlreichen haselnuss- bis apfelgrossen Tumoren.	Haselnussgrosser Knoten am rechten Ureter.	Hektisches Fieber.
22.	1895.	Pestalozza IV. Fall.	? VII p.	Normale Entbindung.	Blutungen u. blutig eitriger Ausfluss dauerten im Wochenbette an.		Gestorben.	Geschwulst in der Gebärmutter.	Knoten in der Scheide und in den Lungen.	Keine.	
23.		Derselbe V. Fall.	? XII p.	Normale Entbindung.	Blutungen.	Nach fünf monatlichen Blutungen Uterus dem dritten Graviditätsmonate entsprechend vergrössert; weichteigig. Totalexstirpation.	Heilung.	Die Degeneration in der Uterushöhle hatte an einzelnen Stellen tief in die Muskulatur eingegriffen.	Keine.	Keine.	
24.	1896.	Apfelstädt.	33 J. III p.	4. Oktober 1894 Abortus Mens. V? Ausstossung eines unzerrissenen Eies.	Dezember. Januar profuse Blutungen; Curettage.	2. Februar 1895 Entfernung einer als Placentarpolyp angesprochenen Masse, die nicht mikroskopisch untersucht. Mitte Mai: Uterus mannsfaustgross. Probecurettage. Totalexstirpation.	Gestorben $8^1/_2$ Monat p. a.	Uterus vergrössert; in denselben apfelgrosser höckeriger weicher Tumor der hinteren Wand und Fundus breitbasig aufsitzend.	Tumoren von Hirsekorn- bis Apfelgrösse in beiden Lungen.	Tumoren in der Leber, Pankreas, Darm und Mesenterium; Femur.	
25.	1896.	H. W. Freund.	40 J. III p.	Juli 1894 rechtzeitige spontane Geburt.	Fortgesetzte Blutungen.	1. Oktober Placentarpolyp entfernt, der nach mikroskopischer Untersuchung nicht maligne. 22. November Knoten am Scheideneingang. 9. Januar mehrere Knoten in der Scheide. Uterus $11^1/_2$ cm lang. Totalexstirpation.	Geheilt noch nach $1^1/_2$ Jahren.	Uterus d. 4. Monat entsprechend gross; im Fundus u. Corpus ein grosser Tumor von Schleimhaut grösstenteils überzogen, bis nahe an die Serosa vorgedrungen.	1. Knoten am Introitus vaginae. 2. Fünf Knoten in der Scheide bis ins Scheidengewölbe.	Keine.	
26.	1896.	v. Franqué.	32 J. VI p.	März 1895 sechste normale Geburt.	Starke Blutungen seit April 1895.	13. August wegen andauernder Blutung Totalexstirpation.	Geheilt noch nach 7 Monat.	Uterus faustgross, hühnereigrosse blutigrote schwammige Geschwulstmasse an der linken hinteren Wand.	Keine.	Keine.	Blut. Sputa; Inguinaldrüs.-Schwell. Erst. n. Oper. beseit., letzt. n. 7 Mon. unverändert.
27.	1896.	Morison.	35 J. IX p.	Rechtzeitige Entbindung durch Wendung. Wochenbett normal.	6 Wochen p. part. Starke Blutung bis z. Bewusstlosigkeit.	1. Novemb. Curettage. Chlorzink. 11. Dezember Totalexstirpation.	Gestorben 11. Juli 95.	Uterus auf d. Doppelte vergrössert; äusserlich kleiner Knoten am Fundus in Cavum apfelsinengrosser Tumor gestielt aufsitzend.	Lungentumor links unter der Scapula diagnosticiert.		Keine Sektion.
28.	1896.	Dr. Herbert Spencer.	27 J. II p.	Normale Entbindung.	28 Tage darnach Blutung.	Abgang v. Geschwulstteilen; Blutung. Sepsis.	Gestorben $2^1/_2$ Monat p. part.	Ulcerierte u. teilweise gangränöse Geschwulst an der Placentarstelle, d. Uterus fast perforirend.	Metastasen in den Lungen.	Metastase im Cervix uteri.	Sepsis.
29.	1895.	Götze.	21 J. I p.	Normale Entbindung 29. August 93. Stillte bis August 1894.	Starke wiederkehrende Blutungen März 1894.	Ausräumung massenhafter Gewebsfetzen, die wie Abortreste aussahen. Tumor in der Scheide, der aus cavernösem Gewebe besteht, wird excidiert Curettage.	Gestorben 23. Septb. 94, 13 Monate p. part.	An der hinteren Wand im Fundus ein Tumor, breitbasig polypös vorspringend, blassrot, von elastischer Konsistenz.	Hühnerei-grosser Tumor in der Scheide.	r. Ovarium in festen ovalen Tumor umgewandelt, kleine Tumoren an der Hinterfläche des Uterus; zahllose Metastasen in der Leber. Knoten in d. l. Niere.	Sepsis. rechte Lunge nicht seciert.
30.	1896.	Resinelli.	? IV p.	Abort in Folge von Influenza.	Nach 3 Monat. ein kleiner Tumor im Vestibulum d. Scheide.	Bald darauf Exitus.	Gestorben.	Uterus u. Tube bilden einen Tumor.	In der Scheide und in den Lungen Metastasen.	Keine.	



Tabelle A. (Fortsetzung.)

		Autor	Alter	Vorausgegangen	Erste Erscheinungen	Verlauf	Ausgang	Beschaffenheit der primären Geschwulst	Metastasen in Lunge und Scheide	Metastasen in anderen Organen	Bemerkungen
31.	1896.	Chrobak.	33 J. III p.	Januar 1896 Blutung. Abort?	Anfang Mai Blutung.	Entfernung einer grossen Menge fetzigen Gewebes m. d. Curette. Blutung dauert an. Oktober wiederholte Curettage ergiebt nichts Charakteristisches. Wegen Fieber, Jauchung, Totalexstirpation.	Geheilt.	Deciduoma malignum das an der hintern Wand des Uterus sass und der Curette entgangen war, weil das Endometrium fast überall es überkleidete.	Keine.	Keine.	
32.	1896.	Aczél.	22 J. III p.	Geburt eines ausgetragenen Kindes.	Unstillbare Blutungen.	Blutung, Fieber, Sepsis.	Gestorben 9 Monate p. part.	Uterus bedeutend vergrössert; im Fundus hinten links oben ist die Wand geschwürig zerfallen; Perforation.	In den Lungen viele erbsen- bis haselnussgrosse rundliche Knoten.	In d. Cervix ein haselnuss- und ein wallnussgrosser Knoten; in der Submucosa des unteren Ileum ein erbsengrosser Knoten.	Sepsis.
33.	1897.	Schmorl.	?	Abort.	Blutungen.	Andauernde Blutung.	Gestorben 4 Monate p. a.	In der Uterushöhle hämorrhagisch. Tumor.	multiple Metastasen i. d. Lungen.	multiple Metastasen in d. Nieren und and. Organen.	
34.	1896.	Universitäts-Frauen-Klinik Berlin.	30 J. VIII p.	Normale Entbindung.	7 Wochen darnach: andauernde Blutungen.	Vergrösserung des Uterus, Blutung, Fieber. Totalexstirpation.	Geheilt.	Uterus kindskopfgross, weich, mit sehr dicker Muskulatur. An der hintern Wand ein grosser schwammiger roter Tumor.	Keine.	Keine.	
35.	1897.	Waldow.	26 J. II p.	Abortus Mens. II Oktober 96.	Fortgesetzte Blutung.	Blutung; Tumor in der Scheide; Excision desselben 16. II. 97. Zunehmende Gehirnsymptome.	Gestorben 1. III. 97. 4 Mon. p. a.	Tumor im linken Uterushorne.	Zahlreiche Knoten in beiden Lungen. Tumor in der Scheide.	Metastasen in der Milz, Mesenterium, Lymphdrüsen, Gehirn.	

Tabelle B. Nach Blasenmole.

		Autor	Alter	Vorausgegangen	Erste Erscheinungen	Verlauf	Ausgang	Beschaffenheit der primären Geschwulst	Metastasen in Lunge und Scheide	Metastasen in anderen Organen	Bemerkungen
14.	1895.	Bacon.	48 J. XI p.	Dezember 92: Ausstossung einer Blasenmole nach 9 monatlicher Gravidität.[1]	Fünf Wochen darnach profuse Blutungen	16. Juni Curettage. Fieber; Sepsis.	Gestorben 25. 6. 7 Monate p.	Im Uterus ein Deciduom.	Ganz besonders viel Metastasen in den Lungen.	Metastase im rechten Lig. lat.	Sepsis.
15.	1895.	Lönnberg und Mannheimer II.	42. III p.	13. 2. nach 4 monatlicher Schwangerschaft Abgang einer grossen Blasenmole.	7 Wochen darnach Blutabgang.	Häufig wiederkehrender Abgang von Blut und Blutwasser. 9. 10. im Introitus vaginae u. Vagina Tumoren. Uterus vergrössert. Totalexstirpation.	Geheilt noch 1. 5. 96.	Uterus stark faustgross, 15 cm lang, 10 cm dick. Birnförmiger Tumor in der Höhle.	Knoten im Introitus und in der Scheide.	Keine.	
16.	1895.	Pestalozza VI. Fall.	?	Im Februar Ausstossung einer Blasenmole.	Blutungen dauern fort.	Mai Probeauskratzung. Totalexstirpation.	Geheilt.	Im Uterus evidente syncytiomatöse Degeneration.	Keine.	Keine.	
17.	1895.	Schauta Neumann. II. Fall.	29. V p.	Letzte Regel März 94. 10. X. Ausräumung einer Blasenmole.	Blutung und wässriger Ausfluss.	21. 11. im vergrösserten Uterus weiche Massen. In d. hintern Scheidenwand kleinnussgrosse Knoten. Totalexstirpation.	Geheilt.	An der vordern Uteruswand 2 Knötchen: hintere Wand und Fundus besetzt mit weichen, knollenartig vorspringenden Massen.	Knoten in der Scheide.	Knoten in der Uterusmuskulatur.	
18.	1895.	Apfelstädt. II. Fall.	42. III p.	21. III. 95 spontane Ausstossung einer Blasenmole.	8 Tage später Geschwulst im Labium maius.	17. VI. Incision der paravaginalen Schwellung. Auskratzung des Uterus wegen Rauhigkeiten. Pyaemie.	Gestorben 25. 7. 95. 4 Monate p.	Im Uterusinnern ein halbkuglig sich vorwölbender haselnussgrosser Tumor.	Tumorhaltige paravaginale Höhlenbildung. Metastasen in den Lungen.	Metastasen in der Milz.	Pyaemie.
19.	1896.	Lindfors.	44. III p.	Sept. 96 Abgang von kleinen grauen Blasen (nach Amenorrhoe seit Juni)	Blutungen.	15. Nov. Exeochleatio. Fieber. 5. Dez. Totalexstirpation.	Gestorben 5 Tage post operat.	In der Kuppel der Uterushöhle bröckliger, graubrauner, hämorrhagischer Tumor.	?	?	Keine Sektion.
20.	1896.	Runge.	44. m p.	Letzte Geburt vor 3 Jahren. Blasenmole in utero.	Blutungen.	28. 10. in der Annahme eines Myoms: supravaginale Amputation.	Geheilt.	Im Uterus Teile einer Blasenmole; ausserdem rötliches Geschwulstgewebe, das in die Muskulatur einwuchert. [1] Mikroskopisch: Chorioncarcinom.	Keine.	Keine.	
21.	1896.	M. M. Cazin.	30	Blasenmole.	Blutungen.	Nach 3 Monaten Curettage. Nach 10 Monaten Totalexstirpation.	Heilung 30 Monate p. operat.	An der hintern Uteruswand fungöser weicher Tumor.	Keine.	Tumor i. r. ovarium von gleicher Beschaffenheit.	
22.	1897.	Schauta.	? IV p.	Schwangerschaft im 5. Monate mit einer Blasenmole	In der Scheide ein varixähnlicher Knoten.	Exstirpation des Knotens; Ausräumung der Blasenmole.		Uterus wird exstirpiert werden.	In der Scheide ein Knoten mit den Elementen des Syncytioms.		
23.	1897.	Univ. Frauen-Klinik Berlin.	23. IV p.	16. 1. Ausräumung einer Blasenmole.	4. 2. starke Blutung.	9. 2. Totalexstirpation des doppelfaustgrossen Uterus.	Heilung.	Uterus mässig vergrössert; in demselben vom Fundus u. hinterer Wand breitbasig entspringend ein polypöser roter bis fast in den innern Muttermund reichender Tumor.	Keine.	Keine.	

